

USFJ Form 11 for Position Abolish/Establish

PERSONNEL ACTION REQUEST / OFFICIAL NOTIFICATION OF IHA PERSONNEL ACTION 人事措置要求書/諸機関労務協約公式人事措置通知書					
For IHA employees, this is an official notification of the action described below which affects your employment. Keep this notice. Promptly call any error to the attention of your supervisor. IHA従業員の方は、この書面があなたの雇用に関する下記の人事措置についての公式通知書になります。この通知書は保管しておいてください。書面に誤りがあった時にはあなたの上官に直ちに知らせてください。					
1. NAME (Last, First - Mr. or Ms.) 氏名		1A. DATE OF BIRTH 生年月日		2. EMPLOYEE NO. 従業員番号	
				3. REQUEST NO. 要求番号 XXXXXX	
4. NATURE OF ACTION REQUESTED 要求措置の性質 Position Abolish/Establish				5. REQUESTED EFF DATE 人事措置発効要求日	
				6. DATE OF REQUEST 要求日 20031001	
FROM: 自 <input checked="" type="checkbox"/> MLC <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> IHA		7. TYPE OF CONTRACT AND EMPLOYMENT 契約区分および雇用種類		TO: 至 <input type="checkbox"/> MLC <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> IHA	
Permanent					
Secretary, #198, BWT 1-4		8. JOB TITLE, JOB NO., BWT, GRADE, STEP, AND AUTHORIZED LAD 職種名、職番、基本給表、等級、号位および証号手当制位級		Budget Technician	
¥		9. BASIC WAGE AND ALLOWANCES (Specify) 基本給および各種手当		¥	
XXX Br., XXX Div, RMO, DCAA		10. ORGANIZATIONAL UNIT 組織名		XXX Br., XXX Div, RMO, DCAA	
Camp Zama		11. INSTALLATION 施設名		Camp Zama	
AREA LEVEL		12. COMPETITIVE AREA AND LEVEL 競合地域およびレベル		AF LEVEL	
13. WORK CONDITIONS AND SCHEDULE 雇用条件および勤務時間					
A. PERIOD OF EMPLOYMENT 雇用の期間: 雇用の開始日から 年 月 日 まで					
B. TRIAL PERIOD 試用期間: If you are hired as a trial period employee, you become a permanent employee upon successful completion of your trial period. 試用期間従業員として雇用された場合、試用期間を問題なく完了した場合は常任用となります。					
C. WEEKLY WORK HOURS 週労働時間: hrs. Starting Time 始業時刻: Ending Time 終業時刻: Recess 休憩時間: 12:00 to 12:45					
D. DESIGNATED NON-WORK DAY AND REST DAY 休日 休日の日付: 就業計画により指定された日。					
E. INTERMITTENT 断続交代勤務の有無: <input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無					
F. DUTY OUTSIDE OF SCHEDULED WORK HOURS 勤務時間外勤務: <input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無					
G. SEPARATION 雇用の終了: As prescribed under the MC, and the IHA. 基本給表、給表、給表、諸機関労務協約の規定による。					
14. REMARKS その他 Request that a vacant position for Secretary be abolished, and a Budget Technician position be established to meet operational requirement. Required documents are attached.					
15. APPROPRIATION DATA AND FS-UU-CE CODES					
16. REQUESTED BY (Signature, title, and phone number) JOHN F. BROWN, Chief, XXX Branch, 263-XXXX			17. CO OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE (Signature, title, and date) RAMONA M. BAKER, Chief, XXX Div, 263-XXXX		
18. CLEARANCES		INITIALS		DATE	
19. INDORSEMENT BY COR (For MLC/MC) 契約担当官代理 OR AUTHORIZED CPO/HRO REPRESENTATIVE (For IHA) 非軍人事務 ABOVE ACTION IS APPROVED BY:					
20. SIGNATURE		21. DATE			
22. PERSONNEL ACTION TAKEN					
23. EFFECTIVE DATE					
24. REMARKS (If any)		25. SIGNATURE OF CHIEF DFAB/DFAO		26. DATE	

USFJ FORM 11EJ, 20020901(EF-V2) THIS FORM IS SUBJECT TO THE PRIVACY ACT OF 1974. PREVIOUS EDITIONS ARE OBSOLETE.

USFJ Form 11 for Position Review

PERSONNEL ACTION REQUEST / OFFICIAL NOTIFICATION OF IHA PERSONNEL ACTION 人事措置要求書/諸機関労務協約公式人事措置通知書					
<p>For IHA employees, this is an official notification of the action described below which affects your employment. Keep this notice. Promptly call any error to the attention of your supervisor. IHA従業員の方は、この書面があなたの雇用に関する下記の人事措置についての公式通知書になります。この通知書は保管しておいてください。書面に誤りがあった時にはあなたの上官に直ちに知らせてください。</p>					
1. NAME (Last, First - Mr. or Ms.) 氏名 YAMADA, Taro - Mr.		1A. DATE OF BIRTH 生年月日 19700101		2. EMPLOYEE NO. 従業員番号 497700	
				3. REQUEST NO. 要求番号 XXXXXXXXXX	
4. NATURE OF ACTION REQUESTED 要求措置の性質 Position Review				5. REQUESTED EFF DATE 人事措置発効要求日 20031001	
FROM: 自 <input checked="" type="checkbox"/> MLC <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> IHA Permanent		7. TYPE OF CONTRACT AND EMPLOYMENT 契約区分および雇用種類		TO: 至 <input type="checkbox"/> MLC <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> IHA	
Administrative Specialist, #9, BWT 1-4-5 LAD-2		8. JOB TITLE, JOB NO., BWT, GRADE, STEP, AND AUTHORIZED LAD 職種名、職番、基本給表、等級、号数および諸手当並職位級			
¥ 215,400 LA-1100 yen		9. BASIC WAGE AND ALLOWANCES (Specify) 基本給および各種手当		¥	
XXX Br., XXX Div, G1, USARJ		10. ORGANIZATIONAL UNIT 組織名			
Camp Zama		11. INSTALLATION 施設名			
AREA J1 LEVEL 09		12. COMPETITIVE AREA AND LEVEL 競合地域およびレベル		AR LEVEL	
13. WORK CONDITIONS AND SCHEDULE 雇用条件および勤務時間					
A. PERIOD OF EMPLOYMENT 雇用の期間・雇用の開始日から 年 月 日 月 日 日					
B. TRIAL PERIOD 試用期間: If you are hired as a trial period employee, you will become a permanent employee upon successful completion of your trial period. 試用期間従業員として雇用された場合、試用期間を問題なく終了すると常勤従業員となります。					
C. WEEKLY WORK HOURS 週労働時間: 40 hrs. Starting Time 始業時刻: 08:00 Ending Time 終業時刻: 12:00 to 12:45 Recess 休憩時間: 12:00 to 12:45					
D. DESIGNATED NON-WORK DAY AND REST DAY 休日 Dates 就業計画により指定された日。					
E. INTERMITTENT 断続交代勤務の有無: <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No					
F. DUTY OUTSIDE OF SCHEDULED WORK HOURS 勤務外の勤務: <input type="checkbox"/> Yes 有 <input checked="" type="checkbox"/> No 無					
G. SEPARATION 雇用の終了: As prescribed under the MLC, the MC, and the IHA. 基本労務協約、給員契約、諸機関労務協約の規定による。					
14. REMARKS その他 Request the position be reviewed for appropriate job title and grade since the duties and responsibilities have changed. Required documents are attached.					
15. APPROPRIATION DATA AND FS-UU-CE CODES					
16. REQUESTED BY (Signature, title, and phone number) ROBERT A. SMITH Chief, XXX Branch, 263-XXXX			17. CO OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE (Signature, title, and date) PETER R. DAVIS, MAJ, Chief, XXX Div, 263-XXXX		
18. CLEARANCES		INITIALS		DATE	
INDORSEMENT BY COR (for MLC/MC) 契約担当者代理 OR AUTHORIZED CPO/HRO REPRESENTATIVE (for IHA) 米軍人事務					
19. ABOVE ACTION IS APPROVED BY:		20. SIGNATURE		21. DATE	
INDORSEMENT BY DFAB/DFAO 防衛施設局/防衛施設事務所					
22. PERSONNEL ACTION TAKEN				23. EFFECTIVE DATE	
24. REMARKS (if any)		25. SIGNATURE OF CHIEF DFAB/DFAO		26. DATE	

USFJ FORM 11EJ, 20020901(EF-V2) THIS FORM IS SUBJECT TO THE PRIVACY ACT OF 1974. PREVIOUS EDITIONS ARE OBSOLETE.

USFJ Form 11 for Special Work Allowance

PERSONNEL ACTION REQUEST / OFFICIAL NOTIFICATION OF IHA PERSONNEL ACTION 人事措置要求書/諸機関労務協約公式人事措置通知書			
For IHA employees, this is an official notification of the action described below which affects your employment. Keep this notice. Promptly call any error to the attention of your supervisor. IHA従業員の方は、この書面があなたの雇用に関する下記の人事措置についての公式通知書になります。この通知書は保管しておいてください。書面に誤りがあった時にはあなたの上官に直ちに知らせてください。			
1. NAME (Last, First - Mr. or Ms.) 氏名 ZAMA, Hanako	1A. DATE OF BIRTH 生年月日 19710905	2. EMPLOYEE NO. 従業員番号 497700	3. REQUEST NO. 要求番号 XXXXXXX
4. NATURE OF ACTION REQUESTED 要求措置の性質 Special Work Allowance		5. REQUESTED EFF DATE 人事措置発効要求日	6. DATE OF REQUEST 要求日 20011212
FROM: 自 <input type="checkbox"/> MLC <input checked="" type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> IHA	7. TYPE OF CONTRACT AND EMPLOYMENT 契約区分および雇用種類	TO: 至 <input type="checkbox"/> MLC <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> IHA	
Laundry Equipment Mech #2152 BWT 2-6	8. JOB TITLE, JOB NO., BWT, GRADE, STEP, AND AUTHORIZED LAD 職種名、職番、基本給表、等級、号條および給与手当職位		
¥ XXX,XXXyen	9. BASIC WAGE AND ALLOWANCES (Specify) 基本給および各種手当	¥	
XXXX Branch, XXXX Division DOL	10. ORGANIZATIONAL UNIT 組織名		
Camp Zama	11. INSTALLATION 施設名		
AREA / LEVEL	12. COMPETITIVE AREA AND LEVEL 競合地域およびレベル	AREA / LEVEL	
13. WORK CONDITIONS AND SCHEDULE 雇用条件および勤務時間 A. PERIOD OF EMPLOYMENT 雇用の期間: 雇用の開始日から 年 月 日限り。 B. TRIAL PERIOD 試用期間: If you are hired as a trial period employee, you will become a permanent employee upon successful completion of your trial period. 試用期間従業員として雇用された場合、試用期間を問題なく終了した後に常雇従業員となります。 C. WEEKLY WORK HOURS 週労働時間: 40 hrs. Starting Time 始業時刻: 08:00 Ending Time 終業時刻: 16:45 Recess 休憩時間: 11:45 to 12:45 D. DESIGNATED NON-WORK DAY AND REST DAY 休日: Dates designated by work schedule 就業計画により指定された日。 E. INTERMITTENT 断続交代勤務の有無: <input type="checkbox"/> Yes 有 <input checked="" type="checkbox"/> No 無 F. DUTY OUTSIDE OF SCHEDULED WORKWEEK HOURS 所定時間外の勤務: <input checked="" type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 無 G. SEPARATION 雇用の終了: As prescribed under the MLC, the MC, and the IHA. 基本労務契約、給付契約、諸機関労務協約の規定による。			
14. REMARKS その他 a. Request subject employee be authorized payment of Special Work Allowance. b. The employee is required to remove hazardous waste (Tetra-Chloroethylene) from dry cleaning equipment to the warehouse more than once a week. (See attached MSDS) ORD: Sun Work Schedule: Mon-Fri			
15. APPROPRIATION DATA AND FS-UU-CE CODES			
16. REQUESTED BY (Signature, title, and phone number) JOHN F. BROWN, Personnel Specialist, 263-XXXX		17. CO OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE (Signature, title, and date) RAMONA, M. BAKER, Personnel Officer, 263-XXXX	
18. CLEARANCES	INITIALS	DATE	
19. ABOVE ACTION IS APPROVED BY: 20. SIGNATURE 21. DATE			
22. PERSONNEL ACTION TAKEN 23. EFFECTIVE DATE			
24. REMARKS (if any)		25. SIGNATURE OF CHIEF DFAB/DFAO	26. DATE